UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 16

A propos d'un cas d'Endométriome du Côlon sigmoïde

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en mars 1949

PAR

PAUL BAILLO

MEMBRES DU JURY

MM. Pierre FABRE	*Président*
VIRENQUE	*Assesseurs*
GADRAT	
GRIMOUD	
DIEULAFÉ	*Suppléant*

IMPRIMERIE DU SUD
24, RUE DE NÉGRENEYS
TOULOUSE

1949

BAILLO (Paul)

A propos d'un cas d'Endométriome du Côlon sigmoïde.

Toulouse, 1949, Imp. du Sud, in-8°, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1949, n° 16.

BAILLO (Paul)

A propos d'un cas d'Endométriome du Côlon sigmoïde.

Toulouse, 1949, Imp. du Sud, in-8°, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1949, n° 16.

BAILLO (Paul)

A propos d'un cas d'Endométriome du Côlon sigmoïde.

Toulouse, 1949, Imp. du Sud, in-8°, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1949, n° 16.

BAILLO (Paul)

A propos d'un cas d'Endométriome du Côlon sigmoïde.

Toulouse, 1949, Imp. du Sud, in-8°, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1949, n° 16.

A propos d'un cas d'Endométriome du Côlon sigmoïde

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 16

A propos d'un cas d'Endométriome du Côlon sigmoïde

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en mars 1949

PAR

PAUL BAILLO

MEMBRES DU JURY

MM. Pierre FABRE	*Président*
VIRENQUE, GADRAT, GRIMOUD	*Assesseurs*
DIEULAFÉ	*Suppléant*

IMPRIMERIE DU SUD
24, RUE DE NÉGRENEYS
TOULOUSE

1949

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CALVET
Assesseur		LEFEBVRE
Doyen honoraire		GORSE

Professeurs honoraires

MM. RISPAL	MM. MAURIN	MM. SERR
MERIEL	ARGAUD	GARIPUY
RIBAUT	LAFFORGUE	CLERMONT

Professeurs

Clinique de Neurologie et Psychiatrie	MM.	RISER
Clinique Médicale		TAPIE, ROQUES
Clinique Obstétricale		GUILHEM
Physiologie		SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer		DUCUING
Physique Biologique et Médicale		BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		NANTA
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER
Pathologie générale et Médecine expérimentale		SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologie		LEFEBVRE
Anatomie		VALLOIS, LAZORTHES
Histoire Naturelle		DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL R.
Pharmacie		CAUJOLLE
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose		MOREL
Bactériologie, Hygiène et Médecine Sociale		ANDRIEU
Clinique chirurgicale Infantile et Orthopédie		VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires		FABRE Pierre
Matière Médicale		VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MERIEL
Anatomie Pathologique		FABRE Jacques
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET
Clinique Ophtalmologique		CAUMETTES
Chimie Biologique		VALDIGUIE
Médecine légale et médecine du travail		PLANQUES
Histologie et Embryologie		BROUSSY
Médecine sociale		BOUNHOURE

Professeurs sans Chaire

Physiologie	MM.	BAISSET
Anatomie		COULOUMA

Agrégés

Anatomie	MM.	N...
Histologie		BIMES (Ch. d. F.)
Médecine		GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.)
Chirurgie		GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN Paul
Ophtalmologie		DEODATI
Physique Médicale		MARQUES
Pharmacie		COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique		BLANC
Histoire naturelle pharmaceutique	Mme	DULUCQ-MATHOU
Odonto-Stomatologie	M.	CADENAT

Cours Complémentaires

Cours d'obstétrique aux élèves Sages-Femmes	MM.	GUILHEM
Cours d'Anat. physiol. et pathol. aux élèves Sages-Femmes		GUILHEM
Chimie pathologique		VALDIGUIE
Chimie biologique		VALDIGUIE
Chimie minerale		BLANC
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX
Législation pharmaceutique		BOUISSET
Microbiologie		BOUISSET
Clinique de la Tuberculose		MOREL, DAMBRIN Paul
Parasitologie		LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC
Hydrologie et Géologie		ASTRE
Médecine Sociale et du Travail		BOUNHOURE
Anatomie Médico-Chirurgicale		THOMAS
Pharmacodynamie		BAISSET
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE
Urologie		LHEZ
Ophtalmologie		DEODATI
Neuro-Chirurgie		LAZORTHES
Oto-Rhino-Laryngo		CLAUX
Secrétaire de la Faculté		ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891).

BIBLIOTHÈQUE LAVOISIER

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Celle dont le souvenir inoubliable plane sur toute ma vie.

A MON PERE

Dont le vivant exemple a suscité en moi l'amour de la médecine.

A MA FEMME

Qui a bien voulu accepter d'être la compagne de ma vie.

A MA MARRAINE

Qui a prolongé l'œuvre de ma mère.

A MA GRAND-MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES TANTES, ONCLES ET COUSINS

A MES BELLES-SŒURS ET BEAU-FRERE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE COLLEGE ET DE FACULTE

A TOUS MES PROFESSEURS
DE L'INSTITUTION SAINT-LOUIS DE GONZAGUE,
A PERPIGNAN

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FABRE

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté

Qui a bien voulu accepter la Présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien accepter mes remerciements respectueux.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT

Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFE

Professeur Agrégé à la Faculté

A MES MAITRES DE LA FACULTE

INTRODUCTION

Une observation d'endométriome du côlon sigmoïde recueillie dans le service du docteur Baillat à Perpignan est à l'origine de ce travail.

Qu'il nous soit permis, avant tout, de remercier le docteur Baillat qui nous a déterminé d'abord dans le choix de ce sujet de thèse, et nous a inspiré ensuite tout au long de sa conduite. Nous lui en exprimons ici toute notre gratitude.

L'endométriome en général a été surtout connu et étudié durant ce demi-siècle dernier. Un bref historique des nombreux travaux qu'il a suscités précédera sa définition. Nous consacrerons la première partie à une étude générale de l'endométriome utérin : anatomie-pathologique, physiologie pathologique pathogénie et analyse des nombreuses théories tendant à l'expliquer, clinique, traitement et ses grandes lignes. Une énumération des formes cliniques topographiques connues à ce jour nous conduira tout naturellement, dans la deuxième partie, à l'étude plus détaillée de la forme sigmoïdienne.

Après avoir cité quelques observations choisies parmi les plus caractéristiques dans la littérature et celle que nous rapportons, qui a déjà fait l'objet d'une publication par le Docteur Baillat à la Société de Chirurgie de Toulouse, nous envisagerons, à leur lumière, les aspects particuliers que prend cette forme sous les divers angles qui nous permirent plus haut d'étudier la forme utérine. Nous soulignerons d'un relief plus spécial les particularités de cette forme qui la distinguent et la différencient des autres localisations endométriales.

En guise de conclusion, nous tirerons les conséquences de la connaissance de cette forme clinique dans l'étude de l'endométriome en général, et dirons en terminant si l'endométriome nous a tout livré de ses secrets ou nous en dissimule encore.

PREMIERE PARTIE

DÉFINITION

On donne le nom d'endométriome à des formations tumorales essentiellement bénignes, ayant des caractères histologiques précis et dont la physiologie pathologique est directement soumise à l'activité du cycle ovarien. Son individualité est essentiellement histologique : une trame variable de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses, renfermant toujours des éléments glandulaires pouvant devenir kystiques, et revêtus d'un épithélium à cellules cylindriques pourvues ou non de cils vibratiles, disposées le plus souvent sur une seule couche. Un stroma de tissu cytogène, semblable au tissu noble du chorion de la muqueuse utérine normale, entoure ces formations glandulaires d'une plus ou moins grande épaisseur. A l'intérieur de ces glandes et selon le moment du cycle ovarien, on peut trouver des amas gluants plus ou moins noirâtres (kyste goudron) dus à l'emprisonnement des sécrétions glandulaires, sécrétions toujours abondantes au moment de la desquamation utérine.

Ces formations ne sont pas des tumeurs à proprement parler puisqu'elles sont étroitement liées aux ovaires par les sollicitations hormonales du cycle menstruel. De plus, leur bénignité histologique naît du fait quelles respectent les basales et ne récidivent pas toujours après intervention, surtout si celle-ci s'accompagne d'une castration.

HISTORIQUE

Déjà Saviaud en 1696, Mauriceau en 1703, Boudon, Lewett en 1757, Robert Lee, Audran en 1846, décrivaient ces tumeurs sous le nom de polype creux, polype kystique, polype fongueux et établissaient une relation entre les glandes utérines et leur origine.

Puis Ivanoff et surtout Recklinghausen en 1896 leur consacrent des travaux fondamentaux. A Recklinghausen nous devons le nom d'adénomyome. Pour Cullen en 1908 c'est l'occasion d'un mémoire qui fait autorité. Sous l'influence de la théorie wolffienne, aux noms purement descriptifs : d'adénomyositis, adénomyo-hyperplasie, succèdent les noms d'enclavome ou de tumeur wolffienne.

Puis selon que la théorie mullérienne prévaut, ou celle de Sampson, de mullérianome ectopique, il devient une hétérotopie endométriale ou mieux un endométriome (Blair, Bell).

La théorie cœlomique allemande lui valut aussi le terme de prolifération adénomateuse de la séreuse péritonéale.

Jayle propose un terme purement descriptif : le solénome, indépendant de toute théorie pathogénique.

Maintenant le terme d'endométriome semble prévaloir, bien que l'on parle encore quelquefois d'adénomyome.

En 1928, Grenier fait dans sa thèse (Toulouse), inspirée par le Dr. Baillat dans le service du professeur Meriel, une mise au point remarquable de la question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous allons limiter ce paragraphe à l'étude de l'endométriome utérin.

1°) MACROSCOPIE

Dans la majorité des cas ce sont des tumeurs solides à la coupe : l'endométriome apparaît de consistance fibromateuse. Les fibres sont tourbillonnées, mais on peut cependant noter, à l'œil nu, une tendance à encercler de petits îlots brunâtres dont la pression fait sourdre un liquide brun foncé assez caractéristique : ils constituent des kystes arrondis dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et d'un gros pois. Ils sont quelquefois foncés ou noirâtres.

On cherche vainement une capsule, il n'en existe pas. L'endométriome infiltre le muscle tout autour de lui sans limite nette.

Le diagnostic macroscopique est rarement possible.

2°) MICROSCOPIE

L'endométriome est caractérisé par la présence en proportion variable :

1°. — De cavités glandulaires ou kystiques.

2°. — D'un stroma qui rappelle le stroma cytogène et qui enveloppe ces cavités.

3°. — De tissu fibro-musculaire.

Cavités glandulaires

Elles reproduisent typiquement la structure normale ou hyperplasique des glandes utérines avec une seule assise de cellules épithéliales, cubiques basses, à noyaux franchement aplatis, au cytoplasma sans enclaves, plus souvent assise de cellules cylindriques, à noyau plutôt allongé, au cytoplasma clair; ces cellules peuvent posséder quelquefois des cils vibratiles.

Stroma

Ces tubes glandulaires, ou kystes, baignent dans une couche de tissu adénolymphoïde, formée de petites cellules étoilées, reliées par de fins prolongements protoplasmiques à noyaux riches en chromatine; ce stroma rappelle à s'y méprendre le stroma cytogène de l'utérus. Recklinghausen, Chevassu, Sacerdote, attachés à l'origine wolffienne des endométriomes, ont figuré des images de glomérules rénaux qu'ils jugent typiques.

Le tissu myomateux

Souvent très abondant, formé de faisceaux de muscles lisses qui s'entrecroisent, s'enchevêtrent sans ordre bien défini, toujours entremêlés de tissu fibromateux en proportion très variable. Il n'est pas rare de voir ces faisceaux musculaires disposés en anneaux autour des cavités glandulaires, mais on a décrit cependant des endométriomes dépourvus de muscles : de toute façon, ces muscles ne semblent pas appartenir à l'organe abritant l'endométriome.

L'anatomie pathologique nous présente donc l'endométriome comme une tumeur bénigne, variant dans sa constitution : il est essentiellement constitué de cavités glandulaires à épithélium unistratifié noyées dans un stroma particulier, et circonscrites de fibres musculaires lisses. Mais les fibres musculaires peuvent manquer, le stroma cytogène peut manquer dans des cas exceptionnels, l'épithélium peut avoir perdu toute ressemblance avec un tissu épithélial connu, la tumeur peut être cependant un endométriome.

Aussi contrairement à l'opinion de Jayle : Michon, Martin, Pigeaut, Grigouroff, proposent comme critère de diagnostic l'évolution anatomique de la tumeur au cours de la grossesse. Au cours de la grossesse, une réaction décidуale du stroma serait pour eux un élément de diagnostic plus sûr que toute considération microscopique sur sa structure.

Cependant le test pendant la grossesse est loin d'être d'une réalisation pratique, et il faut se contenter de l'aspect microscopique nous montrant des glandes utérines noyées dans leur stroma et qui, dans la grande majorité des cas, nous donnent des renseignements suffisants.

PATHOGÉNIE

D'où vient ce tissu tumoral? Comment et pourquoi se développe-t-il? Tels sont les problèmes pathogéniques qui se posent. Les raisons de ce développement aberrant des éléments de l'endomètre sont encore difficiles à donner. « Que d'explications proposées de ce phénomène singulier, sans équivalent dans la science, d'un tissu adulte non malin qui pourtant essaime à distance et prend une marche envahissante ! »

Tour à tour les tissus embryonnaires et les tissus adultes furent accusés de ces proliférations pathologiques. Dysembryoplasie par anomalie congénitale pour les uns, métaplasie de la séreuse péritonéale pour les autres. Recklinghausen, Chevassu, furent les principaux défenseurs de la théorie wolffienne; la théorie mullérienne formulée par Kossmann est reprise par Cullen, Cuffie et Lambert. Toujours dans le même groupe des dysembryoplasies, citons l'origine cœlomique qui fut invoquée par Ries, Lauche et Grass. Elles sont toutes abandonnées de nos jours. Successivement la métaplasie des glandes sudoripares avec Sabrazès, celle des ganglions lymphatiques avec Sitzenfrey, de la séreuse péritonéale avec Ivanoff et R. Meyer fut invoquée. Enfin, celle de la muqueuse utérine normale avec Cullen, R. Meyer, Sampson et la majorité des auteurs actuels : Oberling, Hamant, Cornil et Mosinger, Grigouroff, semble devoir être retenue.

Voyons donc par quel mécanisme cette dissémination de l'endomètre peut être expliquée.

Plusieurs théories prétendent expliquer cet envahissement :

a) *Théorie inflammatoire*

Soutenue surtout par R. Meyer. L'inflammation conférerait à l'épithélium un pouvoir infiltrant. Les tissus enflammés seraient perméables à un envahissement épithélial bénin; sim-

ple processus de cicatrisation qui dépasserait son but. La progression en serait : lésion inflammatoire, régénération, et enfin hétérotopie épithéliale. Il conclut nettement à l'origine inflammatoire des adénomyomes des cornes et de la trompe, attribués par Recklinghausen, à des origines wolffiennes.

b) *Théorie hormonale*

Les influences hormonales puissantes de l'ovaire sur la muqueuse utérine se font sentir sur les adénomes utérins et extra-utérins en provoquant des phénomènes de menstruations et des réactions déciduales. Jeffcoate et Potter, étudiant les cas d'endométriome, mettent en cause le disfonctionnement ovarien, pour expliquer la prolifération et la pérennité de la tumeur, quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer l'origine de la première parcelle d'endomètre.

L'hypergénération de l'épithélium et du stroma de la muqueuse utérine au cours de la vie génitale favoriserait particulièrement la production de l'adénomyomatose. Les fausses couches, les accouchements, les curettages (Fanke) ne seraient pas étrangers à l'éclosion de ces tumeurs, consécutives à une hétérotopie épithéliale non inflammatoire, favorisée par l'activité génitale, commandée elle-même par la fonction ovarienne.

c) *Théorie des greffes*

Deux causes principales peuvent être invoquées pour expliquer la greffe à distance de la muqueuse utérine. Le reflux dans la trompe et le pavillon tubaire de sang, contenant de la muqueuse utérine pouvant ainsi inoculer l'ovaire, le péritoine.

D'autre part, les interventions chirurgicales comprenant l'ouverture de l'utérus pourraient ensemencer la paroi (Auberlin) : c'est le cas des endométriomes développés sur des cicatrices de laparotomie.

d) *Théorie métastatique*

La théorie des greffes est cependant insuffisante pour expliquer des localisations lointaines.

Pour Halban tous les adénomyomes auraient une origine métastatique. C'est la voie lymphatique qui servirait de voie de transport. Après une hypergénération de la muqueuse, les glandes utérines s'infiltreraient entre les lamelles musculaires de l'utérus. Après avoir envahi la musculature, elles pénétreraient dans les canaux lymphatiques pour parvenir sous la séreuse utérine; de là essaimage des éléments glandulaires migrateurs dans toutes les directions.

Grigouroff, partisan de cette théorie, affirme avec Sampson avoir trouvé des débris endométriaux dans la lumière même des cavités lymphatiques. Cette théorie aurait pour but d'expliquer les localisations lointaines d'endométriome.

Tout récemment Ascheim, P. Brocq et G. Varangot ont publié l'observation suivante qui peut jeter un jour nouveau sur la question : « Sur la présence de formations endométriales dans les vaisseaux du myomètre. A propos de la pathogénie de l'endométriome. »

« Nous avons eu l'occasion de signaler plus récemment une pièce opératoire qui nous a paru comporter des renseignements utiles et fournir quelque lumière nouvelle sur la question si complexe de la pathogénie de l'endométriome.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans. P. Brocq pratiqua le 19 avril 1939 une hystérectomie pour fibrome avec conservation de l'ovaire gauche.

La pièce opératoire était constituée par un utérus présentant sur sa face postérieure un myome du volume d'une pamplemousse. La cavité utérine était un peu agrandie, mais la lumière n'était pas déformée par la saillie du fibrome. La muqueuse utérine était macroscopiquement normale sur la coupe, le myome ne présentait pas de particularité remarquable, si ce n'est que, dans la sous-séreuse, les veines étaient très dilatées. La trompe droite était normale et l'on a trouvé dans l'ovaire droit un corps jaune très récemment formé. Le désir d'étudier l'aspect histologique de la muqueuse utérine, nous conduisait à prélever sur cette pièce d'apparence très banale un fragment d'endomètre et de myomètre adjacent. Sur les coupes histologiques la muqueuse utérine avait une apparence normale. Les glandes présentaient l'aspect d'utérus à la phase de sécrétion, la coloration par le carmin de Best, y révélait la présence de glycogène, le stroma était lâche et infiltré par place de cellules rondes. Les limites entre l'endomètre et le myome étaient généralement assez nettes. Nous fûmes fort étonnés de découvrir à distance de cette muqueuse normale, en plein muscle, des formations endométriales qui siégeaient manifestement à l'intérieur des vaisseaux. Cette constatation fort insolite nous parut mériter un supplément d'investigation. Pour élucider les dimensions et les rapports de ces inclusions vasculaires, le fragment fut débité en coupes sériées, afin de pouvoir faire une reconstruction dans l'espace. 130 coupes furent

ainsi débitées. Les inclusions intra-vasculaires se présentaient sous des aspects différents :

1° Tantôt il s'agissait de formations glandulaires nettement individualisées, constituées par des grandes cellules cylindriques, renfermant du glycogène et délimitant une cavité centrale; les grandes cellules y étaient particulièrement accompagnées par un magma anhyste infiltré par des cellules à noyaux picnotiques et par des leucocytes. Les glandes étaient contenues à l'intérieur des vaisseaux plus au moins élargis renfermant des G. R. dans leur lumière, et qui paraissaient être des vaisseaux sanguins : des veines et non des lymphatiques. A de nombreux endroits ces formations glandulaires restaient fixées à endothélium vasculaire, par suite de l'accolement intime de l'épithélium cylindrique au revêtement pariétal du vaisseau.

2° Tantôt on trouvait, dans de très petits vaisseaux, des inclusions de cellules cylindriques rangées en palissade, ne revêtant pas une structure glandulaire, mais très nettement fixées à la paroi et reposant sur l'endothélium vasculaire.

3° Dans deux vaisseaux on trouvait des inclusions endométriales de volume important fixées à la paroi. Or, l'étude de coupes sériées permettait de constater que ces deux vaisseaux se réunissaient en un seul, complètement rempli par une véritable endométriose constituée par des glandes et du tissu cytogène. A la fin de la série, ce vaisseau se divisait à nouveau et l'on voyait alors deux veines renfermant du tissu endométrial.

Sur ce fragment de myomètre débité en série, nous n'avons pas décelé moins de 21 formations glandulaires intravasculaires différentes. Nous avons étudié plusieurs autres prélèvements myométriaux provenant de diverses régions de l'utérus et du myome en ne retrouvant une seule fois seulement des formations analogues. Dans l'ovaire, sur les coupes que nous avons examinées il n'y avait pas d'inclusion endométriale. Un corps jaune récent bien vascularisé en occupait un des pôles. On y voyait aussi un follicule dont la granulosa était plissée, les cellules granuleuses augmentées de volume, et l'ovocyte situé au milieu d'un cumulus oophorus nettement individualisé.

Cette observation très précise vient confirmer la théorie métastatique et, sans infirmer la voie de propagation lymphatique défendue par Halban, révèle un nouveau mode de propagation : la voie sanguine.

Nous verrons dans la deuxième partie quel rôle peut jouer cette théorie métastatique dans les formes ectopiques lointaines de l'endométriome, comme celle du sigmoïde.

CLINIQUE

Nous étudierons rapidement la forme utérine et citerons les autres formes cliniques topographiques.

Signes fonctionnels

En premier lieu c'est la dysménorrhée douloureuse qui attire l'attention de la malade; elle survient de 30 à 50 ans. Les règles peuvent être régulières mais sont toujours douloureuses.

Les douleurs n'accompagnent pas toujours l'écoulement, le précédant ou lui succédant, mais surviennent toujours à date fixe.

Selon la topographie de la tumeur on peut noter :

— Des douleurs pelviennes si l'endométriome siège sur le fond ou sur les cornes;

— Des phénomènes rectaux;

— Des phénomènes vésicaux;

— Des phénomènes génitaux.

Enfin, noter les hémorragies qui accompagnent les règles ou surviennent en dehors d'elles, allant d'un simple suintement au début, à un écoulement sanguin presque continu, très anémiant, ayant les plus graves conséquences pour la malade.

Signes physiques

Examen au spéculum : négatif sauf quand l'endométriome siège sur le col. Le palper combiné au toucher permet de découvrir et de noter le siège et la forme : nodulaire ou diffuse de l'endométriome. Bref, signes banaux de tumeurs utérines ou para-utérines. On perçoit quelquefois des masses nodulaires dont la majorité est limitée par des adhérences. La palpation est souvent douloureuse. Ce ne sont ni la consistance, ni la

forme, ni la mobilité de la tumeur perçue, qui sont d'ailleurs très variables, qui nous fourniront des signes caractéristiques, mais bien l'augmentation de volume, l'accentuation de la douleur, et, dans certains cas, l'augmentation de la consistance, survenant à chaque période menstruelle.

L'endométriome se présente en résumé comme une tumeur de l'utérus ayant des manifestations périodiques.

Diagnostic

Il présente de grandes difficultés; dans la majorité des cas il se fait au moment de l'intervention. Il y a cependant des cas favorables, où la périodicité des manifestations douloureuses et des hémorragies permet de suspecter la nature endométriale de la tumeur.

TRAITEMENT

La constatation physio-pathogénique de l'influence ovarienne sur l'évolution même de l'endométriome inspire tout ce chapitre.

L'exérèse de la tumeur et la stérilisation sont les deux armes à notre disposition. La castration peut être chirurgicale ou médicale : rayons X, traitement hormonal par la testostérone (Moulonguet).

Le diagnostic étant rarement posé avant l'intervention, c'est au cours de la laparotomie que le chirurgien pourra le confirmer sinon le poser. Plus souvent encore, c'est par l'examen de la pièce opératoire que l'on portera le diagnostic d'endométriome. Ces considérations rendent l'indication thérapeutique très délicate et c'est de chaque cas particulier qu'il faut discuter l'indication.

« C'est pour celà qu'il faut connaître l'aspect extérieur des lésions, celui qui guide le chirurgien. Sans nul doute, si, le ventre ouvert, on s'aperçoit que l'utérus, doublé ou triplé de volume, dur, lisse ou bien bosselé, maronne comme un fibromyome, est parsemé de petits kystes qui sont noirâtres, gorgés de sang, on en tire vite le diagnostic, et l'on agit en conséquence.

Mais souvent les constatations restent vagues. On pratique l'hystérectomie. C'est alors l'étude de la pièce, qu'il faut faire ouvrir sur le champ avant de prendre une décision (exérèse seulement subtotale ou conservation des annexes), qui fait juger de la lésion encore circonscrite ou diffuse » nous font judicieusement remarquer Couvelaire, Patel et Petit.

Deux doctrines ayant chacune ses défenseurs convaincus et ses détracteurs s'affrontent :

Les uns : Van Smith, Dougal, Frankl, Okinczyc sont partisans de l'intervention radicale : Hystérectomie totale ou

subtotale avec castration bilatérale par ablation des annexes. Pour eux la tendance de l'endométriome à la récidive, la difficulté d'apprécier l'étendue réelle du foyer coïncidant souvent avec des lésions plus banales, sont leurs arguments principaux. La castration des malades n'offrant pas pour eux des conséquences trop graves car, dans leur statistique, la plupart des malades avait été jusque-là stériles.

Donc, à leur avis, intervention mutilante et castration.

D'autre part, MM. Brocq, Binet, J. Cotte, Albrecht, accordent leur confiance à la méthode conservatrice plus séduisante, et utilisent la radiothérapie pour enrayer les récidives (Castration radiothérapique).

Que conclure de ces deux théories sinon que, comme le pense Cotte; « on louvoie entre la crainte d'une récidive et la peur d'une mutilation ».

Brocq propose une doctrine plus souple : hystérectomie avec exérèse des annexes pour la cure des foyers épars; hystérectomie subtotale, avec peut-être conservation des ovaires pour le traitement des formes diffuses d'endométriome utérin, et hystérectomie fundique pour les cas plus rares où les lésions n'occupent que les cornes ou le fond.

Il est cependant des cas où l'indication chirurgicale n'est pas à conseiller : femme très près de sa ménopause, au mauvais état général, au processus trop étendu. Dans ce cas il faut savoir se contenter du traitement médical. Moulonguet sur des cas où le diagnostic très précis a été fait a obtenu sept succès en freinant la sécrétion des ovaires par la testostérone. Peut-être cette méthode détrônera-t-elle un jour les rayons X que l'on peut choisir d'emblée, mais qui conviennent mieux aux récidives car, comme le souligne Cotte, « si nous n'avions pas cette arme contre les échecs, il faudrait peut-être, pour ne pas trop exposer les malades aux risques d'une nouvelle intervention, faire d'emblée, dans certains cas du moins, une chirurgie plus radicale. »

Chaque cas a donc son indication thérapeutique particulière et, usant tour à tour, de la chirurgie, de l'hormonothérapie et de la radiothérapie, l'on ne saurait ériger en règle générale l'emploi exclusif de l'une ou de l'autre de ces méthodes.

FORMES CLINIQUES TOPOGRAPHIQUES

Nous nous contenterons de citer les localisations endométriales connues jusqu'à ce jour.

Endométriome vaginal :

Siège au fond du Douglas et peut avoir évolution grave.

Endométriome des trompes :

Peut siéger à l'angle utérin et à la portion isthmique.

Endométriome des ovaires :

Remarquable par sa tendance à former des kystes volumineux et par sa fréquente bilatéralité.

Endométriomes de cicatrices :

Siégeant surtout au niveau des cicatrices de laparotomie.

Endométriome du ligament rond :

Pouvant se présenter comme une hernie inguinale périodique.

Endométriome de la fosse ischio-rectale.

Endométriome de la paroi du rectum.

Endométriomes ombilicaux :

Mondor et Mazingarbe en rapportent 73 observations dont huit en France.

Endométriome de la cavité pleurale et de la plèvre chez une femme enceinte :

Rapporté par Bungeler et Fleury-Scheira (San Paolo).

Endométriome des membres supérieurs :

Ascheim en rapporte trois observations.

Endométriome du grêle.

Endométriome du gros intestin avec ses localisations : cæcale, appendiculaire (1) et sigmoïdienne.

(1) Le Docteur Baillat en cite un cas chez une malade du Docteur Brun (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse, 7 février 1930).

DEUXIEME PARTIE

ENDOMETRIOME DU COLON SIGMOIDE

Dans cette deuxième partie, à la lumière de quelques observations tirées de la littérature, et de l'observation que nous rapportons, nous allons étudier plus spécialement cette localisation sigmoïdienne. Nous nous occuperons exclusivement de l'endométriome sigmoïdien; les autres localisations sur le gros intestin : au niveau du cœcum et de la jonction recto-sigmoïdienne (1), seront de ce fait exclues de cette étude. Après un court historique qui nous fixera sur la fréquence de cette localisation, nous citerons les observations qui nous ont paru les plus intéressantes parmi les rares que nous avons trouvée dans la presse médicale, et qui compléteront celle qui est à l'origine de ce travail.

Après quoi, nous essayerons, en considérant les points de vue anatomo-pathologique, clinique, pathogénique, de faire le point de cette question à l'heure actuelle. Nous donnerons ensuite les bases actuelles de son traitement. Après ce parallèle entre le banal endométriome utérin et l'endométriome sigmoïdien, nous condenserons, en conclusion, les particularités qui les rapprochent et les distinguent.

(1) E. Blum et E. Hurter (Strasbourg) en signalaient tout récemment un cas, et insistaient particulièrement sur la difficulté de diagnostic. — In *Lyon Chirurgical*, janvier-février 1949, t. 44.

HISTORIQUE

Jayle fit le premier une étude d'ensemble de la question en publiant vingt-quatre cas d'endométriome du sigmoïde.

Papin, reprenant l'étude de Jayle, y adjoint trois observations personnelles.

Brocq et Varangot, dans leur rapport au Congrès français de chirurgie en 1945, en recencent trente-neuf cas publiés.

Gosset, en sept ans, voit vingt-cinq cas d'endométriome isolé, dont un cas seulement pour le côlon.

Dans une statistique récente publiée par Martha Field-Meyer et Anna Suter-Ernst, de Zurich, portant sur dix années (1933-1943), les localisations extragénitales sont signalées une fois sur quatorze; parmi elles, une fois sur quatre-vingt-huit seulement, l'endométriome siège sur le sigmoïde.

Nulle autre statistique ne prouve plus éloquemment l'extrême rareté de l'endométriome sigmoïdien qui représente le centième des localisations extragénitales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Endométriome du colon sigmoïde par André Bergeret et G. Rachet :

Mme F..., âgée de 43 ans, bien portante jusqu'en 1933. Mère de quatre enfants; elle a eu des grossesses normales. Toujours bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Elle n'a jamais eu d'affection grave jusqu'à son séjour en Syrie.

En 1933, en Syrie, elle présente une crise de dysenterie due à l'amibiase. Un traitement par l'émétine et stovarsol jugule cette crise, et les amibes disparaissent des selles. En 1934, et pendant les années qui suivent, les rechutes de dysenterie sont fréquentes.

Chaque fois un traitement arsénical ou à la pâte de Raveaud en a raison. Petit à petit, s'installe une diarrhée chronique sans syndrome dysentérique, qui persiste de 1936 à novembre 1938. Pendant ce temps la malade n'a aucun ténesme, aucune étreinte, à aucun moment les selles ne contiennent du sang. Des traitements variés, mais non spécifiques de l'amibiase, améliorent passagèrement les troubles intestinaux.

Le 25 novembre, à l'époque des règles, se produit une hémorragie intestinale de sang rouge qui dure 24 heures. Elle est de moyenne importance et cesse spontanément par le repos au lit. Le 30 novembre suivant survient une hémorragie beaucoup plus importante qui se prolonge pendant plusieurs jours, et qui cède aux thérapeutiques antihémorragiques banales. L'émétine reste sans action. La malade reste très fatiguée. Son anémie est sérieuse.

Le 9 décembre elle a 2.120.000 G. R. et 5.200 G. B. 4 éosinophiles.

Le 26 décembre, un examen coprologique révèle dans les selles la présence d'amibes dysentériques hématophages. Malgré le traitement anti-amibien, de petites hémorragies persistent; chaque jour la malade a 2 ou 3 selles glairo-sanglantes. C'est dans ces conditions que nous sommes appelés à l'examiner.

Le toucher montre que la cavité rectale est remplie par une volumineuse masse polypeuse, irrégulière, œdémateuse et molle qui s'implante sur la face antérieure du rectum, à environ 5 cm. de l'anus. On ne sent pas de partie indurée et le toucher ferait surtout penser à un volumineux polype muqueux bénin. Le doigt ganté revient couvert de sang., La rectoscopie montre une tumeur irrégulière, bourgeonnante, ulcérée, saignante au moindre contact. Une biopsie pratiquée, montre qu'il s'agit d'une dégénérescence néoplasique d'un polype rectal., Le toucher vaginal permet de sentir un utérus très augmenté de volume et peu mobile. Des annexes assez grosses fixées, non douloureuses; au travers de la paroi postérieure du vagin, on ne sent pas d'induration. En raison de l'état d'anémie de la malade une transfusion de 300 grammes est pratiquée le 5 janvier 1939. Le 9 janvier colostomie iliaque; nouvelle transfusion sanguine de 300 grammes le 9 janvier.

Le 19 janvier, amputation abdomino-périnéale recto-colique : incision médiane sous-ombilicale. L'utérus, régulièrement augmenté de volume, est environ quatre fois plus gros qu'un utérus normal. Les annexes, atteintes d'annexite kystique prédominante à gauche, présentent de nombreuses adhérences à la face postérieure de l'utérus, du ligament large et au côlon pelvien.

Dans ces conditions : tout d'abord hystérectomie totale avec castration entre deux ligatures, cloisonnement du pelvis par suture du péritoine vésical au côlon sigmoïde aussi haut que possible sur ce côlon abaissé et enfoui dans la cavité pelvienne. Ensuite, par voie basse, amputation périnéale emportant une grande partie de la paroi postérieure du vagin.

Cette amputation permet une résection très étendue du côlon sigmoïde qui est heureusement très long. Fixation au périnée de l'extrémité inférieure du côlon abaissé. La malade choquée est remontée par une transfusion abondante quelques heures plus tard.

Les suites sont simples et l'opérée est à l'heure actuelle tout à fait bien.

L'examen de la pièce, après ouverture du côlon sigmoïde, nous montre tout d'abord la tumeur pédiculée du rectum que nous avaient

révélée les différents examens, puis l'existence d'un rétrécissement de la partie moyenne du côlon sigmoïde qui nous avait cliniquement complètement échappé. Il est constitué par une virole blanchâtre dont l'aspect macroscopique est tout à fait celui d'un squirrhe. Mais la muqueuse qui recouvre cette tumeur est absolument normale. Elle se détache par simple clivage de la partie scléreuse sous-jacente et n'est en aucun point envahie.

L'examen histologique est pratiqué par M. Normand; il montre :

1° Un épithélium cylindrique lieberkühnien végétant, très typique, infiltrant la masse polypoïde pédiculisée.

2° Qu'au niveau du rétrécissement annulaire, il n'existe pas de cancer, mais une formation occupant un muscle épais hypertrophié. Elle est représentée par un certain nombre de cavités tubulaires de différentes tailles, tapissées par une rangée de cellules cylindriques parfois munies d'un plateau cilié. Ces cellules ne présentent aucun caractère malin. Ces tubes ainsi formés sont presque toujours entourés par des couches épaisses d'éléments embryonnaires dont l'aspect oblige à penser au tissu cytogène de la muqueuse utérine. Certaines de ces cavités contiennent une matière coagulée, teintée en rose, sans doute constituée par des globules rouges hémolysés.

En somme il s'agit d'un endométriome très typique, tout à fait indépendant du cancer rectal, logé dans un muscle intestinal hypertrophié mais normal.

OBSERVATION II

Endométriome du côlon sigmoïdien par M. Seillé :

L'observation que nous avons l'honneur de vous présenter nous a paru intéressante, car d'une part cette localisation n'est pas fréquente, d'autre part cette observation précise certains caractères cliniques, rectoscopiques, et surtout radiologiques de cette affection trop longtemps souvent confondue avec le cancer colique.

Femme de 39 ans qui présentait depuis un an des troubles coliques progressivement croissants : constipation, crises douloureuses dans la fosse iliaque gauche, émission de selles rubannées ou liquides.

Ces troubles sont surtout marqués au moment des règles ou des jours qui précèdent. C'est trois jours avant les règles, le 4 décembre 1934, que survient une crise particulièrement violente qui dure 24 heures : tendance syncopale, ballonnement abdominal, arrêt des matières et des gaz et émissions par l'anus d'un peu de sang.

Le 17 décembre, la malade est radiographiée; quatre clichés montrent près de la jonction rectosigmoïdienne un rétrécissement assez serré du côlon pelvien. L'image évoque immédiatement la possibilité d'un cancer. Pourtant cette image est un peu particulière. Le calibre de l'intestin n'est pas également rétréci sur toute sa circonférence, on a l'impression que la lumière colique est excentrée, rejetée à la partie supérieure par le développement d'une tumeur inférieure. Celle-ci a sur la radio un contour lisse, arrondi, comme tracé au compas.

Cependant sur les deux clichés, il existe de petites irrégularités, de petites effilochures suspectes.

Le radiologue (Docteur NADAL), sans éliminer l'hypothèse d'un néoplasme, a pensé à la possibilité d'une compression intrinsèque du côlon par une tumeur d'origine ovarienne. La malade signale en effet qu'au cours d'un examen, il y a quelques années on aurait trouvé une masse annexielle gauche douloureuse étiquetée petit kyste de l'ovaire.

Dans les antécédents, on note que la malade, mariée depuis quinze ans, n'a jamais eu de grossesse et a toujours présenté des règles peu abondantes mais particulièrement douloureuses, l'obligeant même à s'aliter. Depuis juin 1934, minimes métrorragies survenant huit jours après les règles, et se prolongeant depuis une semaine.

Examen le 17 décembre 1934.

Bon état général pas d'amaigrissement.

L'abdomen n'est pas ballonné mais légèrement sensible à la palpation profonde de la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la tumeur rectosigmoïdienne. A 5 cm. de l'anus, au niveau du Douglas, on sent une petite induration douloureuse.

Au toucher vaginal, le col et le corps utérin, ainsi que les culs-de-sac latéraux sont normaux; au niveau du cul-de-sac postérieur on perçoit l'infiltration déjà trouvée au toucher rectal. Elle fait corps avec la face postérieure du col utérin et particulièrement sensible à la pression du doigt. On ne trouve pas la masse annexielle gauche qui avait été constatée plusieurs années auparavant.

Au spéculum, la muqueuse du col utérin et du vagin ne présente aucune lésion.

Examen rectoscopique. Le tube, à 5 cm. de l'anus, butte sur l'induration sentie au toucher rectal. A ce niveau la muqueuse est normale. Plus haut, le tube ne peut s'engager dans le côlon sigmoïde à cause du rétrécissement. Mais l'on ne note pas d'ulcération, pas de glaires, pas de sérosité sanglante ni d'inflammation de la muqueuse, comme cela est habituel au voisinage d'un cancer.

Le diagnostic reste hésitant. Nous pensons à un squirrhe sigmoïdien mais le bon état général de la malade, la particularité de l'image radiologique, et les renseignements fournis par la rectoscopie font espérer que la sténose est peut être provoquée par une tumeur extra-colique.

Première intervention le 5 janvier 1935.

Incision médiane sous-ombilicale. On constate alors sous la face antérieure du côlon pelvien, dans son tiers inférieur, au voisinage de la région rectosigmoïdienne, l'existence d'une tumeur de la taille d'une petite noix qui donne tout à fait l'impression d'un squirrhe par sa dureté : par le froncement de la tunique péritonéale à son niveau à l'arrière de l'utérus, au fond du cul-de-sac de Douglas existe une autre petite tumeur de la taille d'une petite cerise, infiltrée, dure, adhérente au col utérin en avant, et au rectum en arrière.

On a vraiment l'impression d'un cancer dont la situation rectosigmoïdienne obligera à une amputation haute du rectum. Pourtant en examinant plus attentivement la tumeur, nous découvrons en un point une petite bosselure bleuâtre de la taille d'un grain de blé. Il s'agit d'un petit kyste hématique. Cette découverte me fait penser à la possibilité d'un endométriome. Nous en prélevons un petit fragment pour examen histologique et décidons d'attendre

la réponse du laboratoire. Fermeture de la paroi à la soie en trois plans.

Le Docteur Ivan Bertrand confirma, par l'examen histologique, qu'il s'agissait d'un endométriome.

Comme on ne pouvait être certain par la même castration chirurgicale ou par les rayons X d'arrêter l'évolution de l'endométriome et de provoquer à temps la régression de cette tumeur colique si étroitement sténosante, nous décidons de reintervenir pour faire une hystérectomie et pour lever l'obstacle par une excision de l'endométriome sigmoïdien.

Deuxième intervention le 26 janvier 1935.

Incision médiane sous-ombilicale. Hystérectomie sus-vaginale avec ablation des annexes qui ne présentent aucune lésion macroscopique d'endométriome. On se porte ensuite sur la tumeur sigmoïdienne. Elle occupe la partie antérieure de la terminaison du côlon pelvien, dans sa portion non extériorisable. Comme la tumeur n'est pas annulaire, qu'elle est bénigme, et que la récidive n'est pas à redouter puisque la castration a été faite, on décide de l'enlever en la cerclant au plus près.

Après avoir incisé la séreuse, profitant que l'endométriome n'adhère pas à la muqueuse colique, on arrive à l'isoler de cette dernière sur une partie de son étendue. Mais bientôt l'intestin est ouvert et l'on enlève la tumeur avec une collerette muqueuse. On ferme la brèche colique par une triple suture à la soie, perpendiculairement à l'axe intestinal : suture muqueuse, suture masculo-séreuse, suture séreuse. On met un mikulicz dans le petit bassin qui isole la suture sigmoïdienne, et après avoir fermé l'incision médiane, on fait une petite boutonnière iliaque droite, on amarre le cæcum à la peau pour pouvoir établir facilement un anus de dérivation si un météorisme postopératoire met en danger les sutures coliques.

Suites opératoires.

Très simples. Gaz dès le troisième jour, une selle au 8e jour.

Le mikulicz est retiré sans qu'aucun incident ne se soit produit du côté de la suture. Le cœcum rentre de lui-même dans l'abdomen, mais il persiste un petit orifice pariétal amorce d'éventration que nous avons fermé quelques mois plus tard à l'anesthésie locale. La malade rentre chez elle dès le quinzième jour.

Elle n'est plus constipée, a des selles moulées normales. L'endométriome de la cloison rectovaginale perd la sensibilité, diminue de volume, mais sans disparaître complètement.

Deuxième examen histologique (Docteur Ivan Bertrand). Il s'agit d'un cas d'endométriome sigmoïdien. Sous la muqueuse indemne, et à l'intérieur de la celluleuse et dissociant les plans musculaires, on découvre de nombreux boyaux épithéliaux, parfois kystiques, accompagnés d'un chorion et reproduisant l'aspect classique des diverticules utérins. Cependant l'utérus ne paraît pas être la cause de l'endométriome, la paroi du corps utérin est indemne. Il existe de petits polypes muqueux.

OBSERVATION III

M. H. Mondor.

Il y a 15 ans au moins, à la fin d'une hystérectomie pour fibrome volumineux, je vis un jour une tumeur qui avait les caractères que fait voir la laparotomie exploratrice pour cancer du haut rectum, les ganglions mis à part.

Comme la malade n'avait pu être informée avant l'intervention de cette lésion, je remis à plus tard le traitement complémentaire. Et d'abord je cherchai à mieux d'instruire de cette tumeur rectale restée sans histoire. Deux examens radioscopiques m'ayant appris qu'il n'y avait aucune lésion de la muqueuse, j'y trouvai un premier apaisement.

Les examens radiographiques, de mois en mois, montrèrent l'atténuation de toute sténose. L'état général restait excellent, il n'y avait pas de troubles fonctionnels.

Sept mois après l'hystérectomie, le calibre rectosigmoïdien étant normal, et la rectoscopie rassurante, je renonçai à tout traitement et je pensai que je m'étais sans doute trouvé en présence d'une tumeur inflammatoire.

Pendant 12 ans, j'ai eu régulièrement des nouvelles de la malade qui se félicitait toujours de son état. Dès que la question me fut plus familière, je songeai que c'était sans doute non pas de lésion inflammatoire et mécanique, mais d'un endométriome guéri par castration, qu'il s'était agi.

Depuis j'ai observé une dizaine de cas d'autres endométriomes, sans compter ceux que l'examen histologique systématique de tous les fibromes, si nos laboratoires étaient moins dépourvus, nous eut montré.

J'en ai vu à l'ombilic sur une cicatrice de césarienne, sur les ovaires, sur les trompes, au périnée, à l'utérus. Mes observations, même en nombre limité, confirment la dispersion de cette étrange maladie qui donne tant à méditer sur les problèmes des métaplasies, des greffes, des métastases cellulaires et sur celui des actions hormonales.

Tous ces débats pathogéniques sont fort bien exposés dans le beau rapport de Brocq et Varangot.

OBSERVATION IV

Rapportée par le Dr. Baillat à la Société de chirurgie de Toulouse le 26 février 1949 :

Madame A..., infirmière âgée de 42 ans, réglée à 13 ans, a eu jusqu'à ces derniers temps des règles normales et non douloureuses.

Une grossesse normale, pas de fausses couches.

La malade a toujours été constipée, et a présenté des petits signes d'insuffisance hépatique.

En 1940, apparition d'une douleur dans la fosse iliaque gauche; douleur latente avec des poussées plus pénibles; elle ne se souvient pas si elles ont été influencées par les règles.

Une radiographie après repas opaque que fait faire la malade montre 36 heures après l'ingestion : « La bouillie injecte la totalité du cadre colique. La lumière intestinale est segmentée par des contractions de transport, sans spasmes proprement dits.

L'aspect colique est normal, exempt de toute image de lésion organique. A signaler seulement un certain retard dans le tran-

sit ». Telle est l'interprétation du radiologue, le Docteur Duclos de Perpignan.

En 1945 apparaît un nouvel épisode douloureux accompagné de métrorragies qui persistent pendant trois mois. En même temps, alternance de constipation et de débacles diarrhéiques. La malade est très fatiguée, a des tendances syncopales. L'examen pulmonaire est entièrement négatif.

En octobre 1947, la malade présente une crise aiguë de salpingite gauche que l'on traite médicalement et qui refroidit peu à peu.

En novembre 1947, nouvelle apparition de métrorragies qui persistent deux mois malgré le repos et le traitement.

En janvier 1948, les lésions annexielles semblent être bilatérales. L'état général est mauvais, les douleurs à peu près constantes. La température est instable et évolue entre 38° le matin et 38°, 5 le soir.

L'examen montre l'existence d'une salpingite bilatérale.

La malade rentre à la clinique de l'hôpital de Perpignan.

Pénicilline, et diathermie gynécologique (17 séances), repos absolu au lit. Malgré le traitement, aucune amélioration. Comme la malade veut partir aux colonies, on décide une intervention qui a lieu le 4 février 1948.

Rachi-aneshésie. Nous nous trouvons en présence d'une salpingo-ovarite bilatérale et dans l'obligation de faire une hystérectomie subtotale complétée par une appendicectomie. Avant de refermer l'abdomen, vérification des viscères pelviens : à ce moment-là nous

apercevons, au niveau de la partie haute du sigmoïde, une tumeur en « ficelle » d'une dureté ligneuse qui ressemble à s'y méprendre à un cancer de cette région. Pas de ganglions. Après une minute d'hésitation, nous expliquons à la malade, qui a suivi toute l'opération, qu'il y a « quelque chose » sur l'intestin à réparer; elle accepte et, l'intestin étant très souple et le méso long, nous nous contentons de réséquer à distance de la tumeur et de faire une suture bout-à-bout à la Reybard.

L'examen des pièces montre qu'il s'agit de lésions salpingo-ovariennes banales.

L'utérus est atteint d'endométrite; rien de suspect à la coupe. La coupe de la pièce de résection du sigmoïde offre la particularité suivante : la muqueuse intestinale, bien que rétrécie par la tumeur, paraît à peu près infacte, aucune ulcération apparente à ce niveau; sur le reste de la coupe rien, macroscopiquement, ne permet de penser à l'existence d'un endométriome. La tumeur n'occupe pas toute la circonférence intestinale. La pièce est envoyée au laboratoire de l'hôpital qui l'adresse au docteur Guibert, du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Montpellier qui nous répond qu'il s'agit, comme le montrent les coupes que nous présentons, d'un endométriome typique.

Suites opératoires normales.

Une radiographie faite le 23 avril 1948 après lavement opaque montre que la bouillie barytée « injecte sans difficulté les côlons gauche et transverse. Aucun arrêt de la veine opaque n'est à signaler, aucun étranglement de la lumière colique. Les côlons sont souples et absolument normaux du point de vue radiologique » (Docteur Duclos).

Ces observations illustrent, chacune par son trait particulier, les caractères singuliers de cette forme sigmoïdienne de l'endométriome.

Voyons à leur lumière comment peuvent être traités les différents chapitres de l'anatomie pathologique de la physiopathogénie, de la pathogénie, de la clinique, du diagnostic et du traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1°) *L'aspect macroscopique*

En général il siège sur la partie moyenne du sigmoïde. La grosseur de la tumeur varie avec le moment menstruel, pour

Fig. 1. — Vue d'ensemble, à faible grossissement, de l'endométriome. En *a*, muqueuse intestinale; en *b*, sous-muqueuse et en *s*, musculeuse avec formations endométriales en *d*, *e* et *f* (*Micro-photo de la pièce opératoire de l'observation IV*).

atteindre son maximum au moment des règles et les deux ou trois jours qui les précèdent. La tumeur respecte le plus sou-

vent le méso et paraît bien localisée dans la paroi de l'intestin. Cependant J.-P. Lamarre, Larget et P. Isidor, rapportent une observation où : muqueuse, sous-muqueuse, musculeuse étaient respectées alors que la sous-séreuse et le méso,

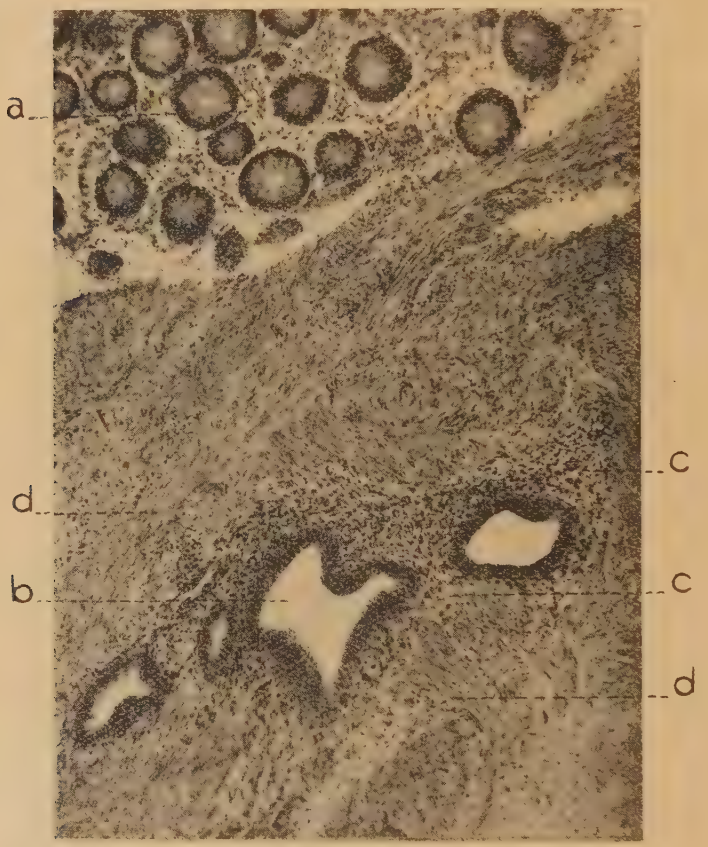

Fig. 2. — Formations endométriales à plus fort grossissement. En *a*, muqueuse intestinale avec cellules caliciformes à mucus. En *b*, glandes du type utérin avec cellules cylindriques hautes ciliées; en *c*, tissu cytogène et en *d*, fibres musculaires lisses (*Micro-photo de la pièce opératoire de l'observation IV*).

profondément remaniés, étaient remplacés par des formations endométriales.

C'est l'exception : toujours la muqueuse, et souvent la sous-

muqueuse, sont respectées, seule la musculeuse est le siège des lésions. Bien que l'intestin soit sténosé dans la majorité des cas, l'infiltration siège sur une partie du contour intestinal. La déformation siège donc d'un seul côté, et à l'intérieur la lumière intestinale est déviée dans le sens opposé.

Fig. 3. — Amas de glandes du type utérin loin de la muqueuse intestinale; entre les tubes, tissu cytogène et en *a* et *b*, fibres musculaires lisses (*Micro-photo de la pièce opératoire de l'observation IV*).

2°) *Aspect microscopique*

Au microscope, farcissant la musculeuse et quelquefois la sous-muqueuse, comme dans notre observation, les éléments endométriaux ne diffèrent en rien de ceux que l'on rencontre

au niveau de l'utérus et possèdent leurs trois caractères particuliers :

Cavités glandulaires tapissées d'un épithélium avec une seule assise de cellules munies ou non de prolongement ciliés;

Un tissu riche en cellules cytogènes qui les entoure;

Un tissu musculaire lisse qui renferme le tout.

Si la présence de ces trois éléments permet de faire le diagnostic ferme de l'endométriome, SANTY signale un cas où il fit le diagnostic malgré l'absence du stroma cytogène.

PHYSIOPATHOGENIE

Nous avons vu que, selon l'époque où l'examen de ces formations endométriales était fait, nous les trouvions congestives, gonflées par ce liquide goudron, ou diminuées de volume, passant inaperçues et ne donnant au point de vue clinique aucune manifestation. La parallélisme qui existe entre ces phénomènes et le moment du cycle ovarien est indéniable, surtout depuis que la preuve formelle en a été faite par l'observation de MM. LAMARRE, LARGET et ISIDOR. Cette remarque garde d'ailleurs toute sa valeur à propos du problème du traitement que nous envisagerons ultérieurement.

En effet, OKINCZYC a dit : « Pour l'endométriome de l'intestin la preuve reste à faire pratiquement de l'influence de la castration sur la guérison. »

LAMARRE, intervenant pour un fibrome chez une femme présentant depuis longtemps des règles abondantes douloureuses et prolongées et pratiquant une hystérectomie subtotale suivie de castration bilatérale sur un utérus porteur de deux noyaux fibromateux, l'ovaire droit étant occupé par un kyste sans caractère particulier, découvrit au cours de l'intervention un pli circulaire du sigmoïde avec épaississement des parois qu'il éti-

queta « cancer en ficelle ». Il referma l'abdomen sans y toucher. Après des suites normales, apparaissent les symptômes, la lutte intestinale se traduisant par des reptations d'anses. Il intervint quelque temps après mais eut du mal à retrouver la tumeur et ce n'est qu'après une recherche minutieuse et sur des antécédents pathologiques de la malade qu'il peut la retrouver. La castration avait donc eu une influence favorable sur cette tumeur. C'est le cas pour l'observation III.

La preuve est donc faite même dans les cas d'endométriome du sigmoïde que la sécrétion des tubes glandulaires tout comme la muqueuse utérine est sous la dépendance hormonale des ovaires.

Mais d'où vient ce tissu endométrial perdu au niveau du gros intestin?; c'est le problème de la pathogénie.

PATHOGENIE

Dans quelle mesure les théories précédemment citées et invoquées par les différents auteurs, pour expliquer l'endométriome utérin et juxta-utérin, peuvent-elles rendre compte de sa localisation sigmoïdienne? C'est la faillite des théories faisant appel à des tissus embryonnaires. Seule l'origine endométriale semble être retenue, mais quelle est la cause de cette dissémination?

L'inflammation nous semble peu à même de provoquer cet envahissement. De même la théorie des greffes est aussi impuissante à expliquer cette localisation plus lointaine. C'est seule la théorie métastatique qui nous paraît capable d'expliquer cette ectopie de l'endométre. D'ailleurs l'admirable observation d'Ascheim, Brocq et Varangot, que nous avons déjà reproduite en étayant la théorie de Halban, nous montre que des formations glandulaires nettement individualisées, et renfermant du stroma cytogène, étaient contenues à l'intérieur des

vaisseaux du myome. Seulement, cet auteur, à l'encontre d'Halban, affirme que la voie de propagation ne serait pas la voie lymphatique mais la voie veineuse. La voie lymphatique a aussi de nombreux défenseurs.

Nous pourrons conclure que les preuves citées par les défenseurs de ces deux modes de propagation sont suffisantes et que les deux voies lymphatique et sanguine doivent être retenues.

Cependant quelle serait la cause déterminante de cet essaimage? Nous avons vu que l'endométriose latente existait souvent dans les capillaires du myométre.

Une intervention chirurgicale sur l'utérus, un disfonctionnement ovarien comme semblerait le prouver la coexistence de lésions sur les ovaires, ont été tour à tour invoqués, mais l'accord n'est pas encore fait et les raisons de cette dissémination ne sont pas encore connues.

CLINIQUE

Nous ne saurions commencer cette étude clinique sans préciser que la localisation sigmoïdienne isolée de l'endométriome est des plus rare. En effet, avec Papin nous devons distinguer, dans les observations d'endométriome du sigmoïde, trois éventualités :

1° Le diagnostic d'endométriome de l'utérus, du Douglas ou du ligament large est posé, et à l'intervention on découvre, en plus, une lésion sigmoïdienne.

2° On intervient pour une lésion banale des annexes, et un endométriome est découvert; c'est le cas le plus fréquent et d'ailleurs celui de notre observation.

3° L'endométriome sigmoïdien se présente seul, en l'absence de symptômes gynécologiques importants, sans connexions avec

l'utérus, comme une tumeur intestinale isolée : il en avait la symptomatologie (sténose) et l'individualité opératoire. C'est le cas le plus rare que nous considérons dans cette étude.

Se voit en général chez les femmes de trente à cinquante ans, dans les antécédents desquelles on peut trouver soit une stérilité inexpliquée, une dyspareunie, une dysménorrhée acquise chez une multipare ou des modifications chez une nullipare. Plus tard, l'apparition de troubles coliques : douleur à la défécation, paresse intestinale, constipation, diarrhée, irritabilité vésicale, gêne pelvienne avec au moment des règles un regain d'intensité.

De plus la malade accuse souvent une douleur dans la fosse iliaque gauche.

Signes physiques. — Quand l'attention de la malade n'est pas éveillée par les troubles fonctionnels, il est impossible de porter un diagnostic, et les signes physiques apparaissent fort tard.

En dehors de véritables crises d'occlusion ou de subocclusion, l'examen ne nous donne que des renseignements très infidèles au début.

Parfois un certain degré de météorisme abdominal peut apparaître si la sténose est avancée. La douleur provoquée par la palpation profonde de la fosse iliaque gauche peut être notée.

Le toucher rectal reste négatif dans la plupart des cas.

Le toucher vaginal ne nous donne aucun renseignement si ce n'est dans des localisations particulièrement basses juxta-rectales.

Le rectoscope ne peut lui non plus nous donner d'autres détails, surtout dans les localisations hautes.

Exament radiologique. — Lorsqu'il est pratiqué à temps, comme dans la remarquable observation de M. Guy Seille, on peut constater la sténose incontestable de la veine colique. Cependant, l'étude attentive du cliché montre une muqueuse qui paraît respectée, exempte d'ulcérations. Tout fait penser à une tumeur extrinsèque.

DIAGNOSTIC

Comme nous venons de le voir par l'étude clinique, le diagnostic avant intervention est des plus délicats vu le manque de renseignements. L'endométriome du sigmoïde peut être essentiellement une tumeur muette dans ses débuts. Tout au plus l'examen radiologique peut-il nous faire pressentir une tumeur bénigne.

L'épreuve biologique de Bauman et Phillip, qui permet de stimuler la lésion par l'injection de folliculine, d'en provoquer le gonflement et d'y déclencher des douleurs, est loin de nous donner les résultats espérés.

A l'intervention, l'absence de ganglions mésentériques et l'aspect macroscopique de cette tumeur (présence rarement visible de points bleus, infiltration rarement circulaire) ne peuvent à eux seuls nous déterminer sur la nature de la tumeur.

C'est l'examen microscopique seul qui nous permettra de poser le diagnostic d'endométriome. Nous avons suffisamment insisté à propos de l'anatomie pathologique de la tumeur, sur les caractères histologiques de ces formations : respect de la muqueuse; présence d'éléments endométriaux. L'idéal serait de pouvoir pratiquer cet examen extemporanément en cours d'intervention.

Diagnostic différentiel. — Le grand diagnostic à discuter est celui du cancer colique. Avant tout, un interrogatoire très serré nous permettra de rechercher la périodicité des troubles avec les périodes menstruelles.

Dans notre observation, un interrogatoire plus attentif et pratiqué au moment des alternances des débacles diarrhéiques et de constipation, aurait peut-être montré leur coïncidence avec les périodes menstruelles.

L'état général toujours bien conservé dans les cas d'endométriome, l'absence d'hémorragies abondantes devront nous

faire pencher vers la bénignité de la tumeur et la perception qui peut nous être donnée par le doigt rectal d'un petit nodule sensible dans le cul-de-sac du Douglas avec acmès à la période menstruelle peut être à l'origine du diagnostic dans les localisations basses.

Mais en définitive c'est encore et seulement l'examen histologique qui tranchera le débat.

A ce propos nous pourrions dire avec Elisabeth A. Murph, que le diagnostic différentiel, vu ses difficultés, est d'une grande importance au point de vue du traitement et du pronostic. Elle se demande, en effet, si certains résultats inespérés, obtenus par des interventions pour cancer du côlon, ne sont pas dus à la méconnaissance d'un endométriome.

Pronostic.

Le pronostic est essentiellement favorable puisque la ménopause spontanée fait régresser la tumeur.

Cependant, les troubles graves dus à la sténose colique peuvent exiger une intervention précoce.

Quant à l'évolution histologique de la tumeur, un seul cas de malignisation a été signalé.

TRAITEMENT

Lorsque le problème de la thérapeutique et les discussions de son application sont abordés c'est que le diagnostic de l'affection est, en principe, connu. Bien que le chirurgien ait à sa disposition une même gamme d'armes pour lutter contre toutes les formes d'endométriome, l'endométriome sigmoïdien justifie cependant d'une application légèrement différente de celles-ci. Le choix du traitement est fonction du diagnostic : nous allons d'abord, en supposant connue la nature de la tumeur, envisager le traitement que nous pourrions qualifier d'idéal. Nous dirons ensuite comment il est pratiquement appliqué dans la majorité des cas.

Devant un endométriome sigmoïdien isolé, c'est le cas qui nous intéresse ici, la castration et l'exérèse de la tumeur s'offrent à notre choix.

Delannoy en 1939 proposait la technique suivante :

« 1° La castration chirurgicale ou rœntgenthérapique, ou encore la ménopause spontanée suffisent à faire rétrocéder la tumeur.

2° Chez une femme jeune, à qui l'on veut éviter les inconvénients d'une suppression prématurée de la fonction ovarienne, l'excision simple peut être faite, à la condition que l'endométriome soit limité et situé sur la portion libre du sigmoïde et qu'il n'y ait pas d'autres localisations génitales ou extra-génitales. »

C'est l'âge et la situation de la malade qui détermineront le choix du traitement :

La femme jeune bénéficiera donc d'une excision ou d'une résection colique si l'étendue de la tumeur l'exige et son état le permet; sa fonction ovarienne sera respectée.

La femme préménopausique pourra tenter d'attendre la ménopause spontanée.

La femme d'âge intermédiaire bénéficiera de la castration chirurgicale ou rœntgenthérapique. De même le traitement hormonal pourra lui être appliqué.

Pour augmenter les chances de guérison définitive, les deux techniques peuvent être associées dans les cas qui le justifient.

Certains craignant toujours la malignisation de l'endométriome associent à l'excision *a minima*, excision qui nous paraît bien difficile, en réalité sans danger dans la plupart des cas, l'ablation de l'ovaire. Bref, castration ou excision ou association des deux interventions suivant les cas.

Mais le chirurgien a rarement l'occasion de pouvoir discuter ces modalités d'application du traitement, car le diagnostic est en effet très rarement posé avant l'intervention.

Bien souvent, comme nous l'avons signalé en son temps, la tumeur sigmoïdienne une fois reconnue, le chirurgien prévoyant le pire, à condition que la malade puisse le supporter, pratiquera chaque fois qu'elle sera possible la résection sigmoïde qui, pratiquée dans de bonnes conditions, a le mérite de parer au pire vue l'incertitude dans laquelle le chirurgien est plongé. C'est le cas de notre observation où la malade a très bien supporté cette intervention et se trouve un an après en excellente santé.

Nous ne discuterons pas ici de la technique opératoire des tumeurs du sigmoïde, opérations en un, deux ou plusieurs temps, avec ou sans anus préalable, car cela nous entraînerait très loin de notre sujet.

Mais il ne faut pas oublier que la chirurgie colique est une chirurgie qui demande plus que tout autre beaucoup de prudence. La précarité des sutures coliques est certaine. Si dans notre observation nous avons fait une anastomose à la Reybard c'est que les parois intestinales étaient telles que cette opération paraissait avoir le maximum de chance de réussite. Il n'en sera probablement pas toujours de même.

D'autre part, bien qu'il soit admis classiquement que la tumeur disparaît après une ménopause naturelle ou artificielle, nous pensons que peut-être dans des formes d'endométrioses telles que celles observées par nous : tumeur dure, li-

gneuse, avec un tissu fibreux abondant, sans kyste visible en ficelle, la ménopause ne peut guère laisser après elle qu'une tumeur morte pour ainsi dire mais qui n'en reste pas moins par la sténose de l'intestin qu'elle occasionne un danger très grand pour l'avenir de la malade. C'est d'ailleurs l'avis de MM. Blum et Hurter.

Comme nous venons de le voir, les moyens de traitement sont variés et efficaces, tandis que les moyens d'investigation et de diagnostic sont nettement insuffisants. Dans bien des cas le traitement le plus approprié est loin d'être appliqué, et l'importance de la résection pratiquée n'est souvent pas en rapport avec la nature de la tumeur. Cependant, ce pis-aller n'est pas condamnable car le chirurgien craignant un cancer n'a pas le droit de se contenter d'une excision pure et simple pas plus qu'il a le droit de castrer s'il n'a pas la preuve de l'endométriome.

CONCLUSIONS

De cette étude, quelques faits importants nous paraissent dignes de retenir notre attention :

— L'extrême rareté de cette forme sigmoïdienne soulignée plus haut par des statistiques, surtout isolée de toute autre manifestation endométriale;

— La discrétion de ses manifestations cliniques qui fait que dans le cas de lésions associées, c'est la lésion secondaire qui attire l'attention;

— La grande difficulté du diagnostic préopératoire et son extrême rareté, d'où la grande importance de l'interrogatoire en pareil cas;

— L'énumération de toutes ces formes cliniques nous montre l'endométriome comme une affection à point de départ utérin et pouvant se localiser par métastases sur la plus grande partie du corps, d'où le nom d'endométriose adopté par plusieurs auteurs;

— Même en supposant connu le problème pathogénique, nous pouvons dire avec GRIGOUROFF : « Comment classer cette production tissulaire singulière située aux confins de la physiologie ? ... La même incertitude se retrouve en ce qui concerne le volume de la lésion... Tous les degrés d'extension existent entre l'endométriose discrète et les masses diffuses infiltrant la presque totalité du bassin et provoquant des troubles graves ».

Le problème de l'endométriose, bien qu'ayant fait d'énormes progrès, est encore loin d'être résolu.

Si ce modeste travail a pu y apporter une maigre contribution, nous aurons atteint le but que nous nous étions assigné.

Le Président de la Thèse,
Pierre FABRE

Le Doyen,
CALVET

Vu et permis d'imprimer : Toulouse, le 9 mars 1949.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ASCHEIM, BROCQ et VARANGOT. — Sur la présence de formations endométriales dans les vaisseaux du myomètre; à propos de la pathogénie de l'endométriome. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, juillet 1939, t. 65, p. 992.

BANZET. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 26 mars 1941, t. 67.

BERGERET et G. RACHET. — Endométriome du côlon sigmoïdien. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 28 juin 1939, t. 65, p. 959.

BIEBL M. (Goettingen), VIRSCHOWS. — *Arch. für Patholog. Anat. und Phys.*, mars 1927, p. 71 à 85. — In *Journal de Chirurgie*, 1927, t. 2, p. 403.

BLUM M. et HURTER (Strasbourg). — Endométriome rectosigmoïdien à type néoplasique. — In *Lyon Chirurgical*, t. 44, janv.-fév., 1949.

BUNGELER W. et D. FLEURY-SCHEIRA (San Paolo). — Considérations sur la pathogénie des endométriomes. — *Arquivos de Chirurgia clinica espérimental*, juin 1939, cité par L. M. PIERRA in *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, n° 3, 4, 1940, p. 116.

CABOT. — Endometriosis of appendix and ovary. — *New England J. Med.*, 28 février 1935, 212, pp. 394-397.

CADENAT F. M. — Endométriome du côlon sigmoïdien. — *Mémoire Académie Chirurgie, SCE.*, 5 juillet 1939, t. 65, p. 970.

COTTE G. — Endométriome de l'intestin. — *Société de Chirurgie de Lyon*, séance 27 novembre 1947, in *Lyon Chirurgical*, n° 1, janv.-fév. 1948, p. 123 à126.

DELANNOY. — Rapport au Congrès Chirurgie de 1939, communications de G. SEILLÉ. — *Mémoire Académie de Chirurgie*, t. 67, 2 mars 1941, pp. 245-249.

DOUAY E. — A propos de la communication de M. Guy SEILLÉ. — Endométriome avec localisation sur le côlon pelvien (30 observ.). — *Mémoire Académie de Chirurgie*, n° 12, 13, 23 avril 1941, p. 266.

DOUAY A. — Fibrome utérin et endométriome du côlon pelvien. *Compte rendu de la Société Française de Gynécologie et Obstétrique*, n° 2, février 1944, p. 73. — *Question de gynécologie d'actualité*, fascicule 2, t. 3, 1943.

DUKES C. E. — Endometrioma of pelvie colon. — *Proc. Roy. Med.*, n° 31, avril 1938, pp. 693-694.

FALLAS R. et ROSEMBLUM G. — Endométriose. Une étude après 260 cas de clinique privée. — *An. J. Obstétrique et Gynécologique*, juin 1940, t. 39, n° 6, p. 964.

FINSTERER F. — Endométriose du côlon pelvien. — *Wiener Medizin Wochenschrift*, an 92, 24 octobre 1942, n° 43.

FOBE H. — Endométriome intestinal, résection iléocæcale avec 5 ans plus tard récidive dans une hernie épiploïque. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg*, séance du 9 janvier 1937, *Bulletin de la Soc. d'obstétrique et de gynécologie*, avril 1937.

FRIELD MEYER M. et SOTER ERNST A. — Contributions à l'endométriose de l'intestin grêle et du gros intestin. — *Schweizerische Wochenschrift*, an 75, n° 16, 21 avril 1946, pp. 339-342, 4 figures, in *Journal de Chirurgie*, *t.* 63, n° 7, 1946, p. 331.

FIEDMAN L. — Périrecto-sigmoïd endométriosis simulanting carcinoma. — *Am. J. Surg.*, 33, pp. 298-301, 1936.

GAUTIER-VILLARS et Marthe LAMY. — Endométriome de l'appendice. — *Soc. anatomo-pathologique de Paris*, 3 novembre 1938, *Annales d'anatomo-pathologie de Paris.*

GORSE J. M., BARDIN P. et GIBERT Th. — Endométriose du côlon sigmoïde. — Résection en un temps. — *Soc. Nation. Française de Gastro-entérologie*, séance du 13 octobre, In *Archives des maladies de l'appareil digestif*, n°s 11 et 12, novembre-décembre 1947, p. 605.

GOSSET BERTAND A. et CHEVALLIER R. — *Mémoire Académie Chirurgie*, t. 65, 1939, p. 829.

GRENIER. — *Thèse Toulouse*, 1928. L'endométriome utérin.

GRICOUROFF. — L'endométriose. Signes cliniques et théories pathogéniques. — *Paris Médical*, mars 1947.

JAYLE. — Le solénome du ventre de la femme. Anatomie Pathologique. — *Revue Française de gynécologie*, an 22, 1927, p. 365.

KELLER, FOBE. — Endométriome intestinal, résection iléocæcale avec 5 ans plus tard récidive dans une hernie épiploïque. — *La Gynécologie*, janvier 1937.

KONJETZNY — A propos de l'endométriose hétérotopique du gros intestin. — DER CHIRURGIE, 1er juin 1935, in *Journal de Chirurgie*, octobre 1935.

KUSSG. — A propos des endométriomes. — *Mémoire Académie Chirurgie*, 5 juillet 1939, t. 65, n° 23, p. 973.

LAFFONT A., MONTPELLIER J. et LAFFARGUE P. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Endométriomes.*

LAMARRE J. P., LARGET M. et ISIDOR. — L'endométriome de l'intestin, contribution à la théorie métaplasique de R. MEYER. — *Annales d'anatomie pathologique*, n° 15, pp. 623-633, juin 1938.

LEROUX et MALGRAS. — Endométriose de la paroi cæcale. — *Société anatomo-pathologique de Paris*, 3 novembre 1938.

LUTZOV HOLM. — Endométriose sténosante du côlon sigmoïdien. — *Nordisk Medicin*, col. 13, n° 35, 24 août 1942.

MARTY. — Rapport de Mocquot. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. 56, 1930, p. 712.

MICHON L. et OLIVIER C. — Endométriose du grêle. — *La Presse Médicale*, n° 38, 17 août 1946, pp. 534-535.

MIKULICZ RADECKI F. V. — Sur l'endométriose vésicale. — *Zeit. f. Gyn.*, 24 octobre 1946, n° 43, p. 25.

MACLEOD D. — Endométriose, problème chirurgical. — *British J. of Surgery*, vol. 34, n° 134, octobre 1946, pp. 104-116.

Mocquot, Palmier, Moricard, Mazingarbe. — *Académie de Chirurgie*, 5 juillet 1949, cité par C. Pierra.

Monat TB. — Deux cas de sténose intestinale par tumeur développée aux dépens de greffes du tissus utérin. — *Brit. Journal of Surgery*, 1926, p. 76, in *Journal de Chirurgie*, 1927, t. 2. p. 336.

Mondor. — A propos de la communication de M. Guy Seillé. — *Mémoire Académie Chirurgie*, 26 mars 1941.

Moulonguet. — Traitement hormonal des endométriomes. — *Encyclopédie médico-chirurgicale.*

Murph E. A. — Les endométriomes simulant un cancer du côlon. — *The Amer. Journ. of Gyn. and Obst.*, fév. 1938, in *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, nos 3 et 4, mars-avril 1940, p. 117.

Neumeyer C. — Die Endometriose des Darms. — *Zentralb. Ann. Med.* 57, pp. 97 à 104, février 1936.

Oberling O. — Les endométriomes. — *Annales d'anatomie pathologique*, septembre 1924.

Oehlcker (Hambourg). — *Zentralblatt für Chir.*, 14 mai 1932, pp. 1, 212-1, 218.

Okinczyc. — A propos observation Ascheim. — *Mém. Acad. Chir.*, 1939, t. 65, p. 992, et *Bulletin Société Chirurgie*, t. 62, p. 271.

Papin. — *Mémoire Académie Chirurgie*, t. 64, p. 418.

Santy P., Maillet P. et Duroux P. E. — Endométriose de la jonction recto-sigmoïdienne. Occlusion. Dérivation externe. Castration radiothérapique. Ablation et anastomose du côlon rectal par suture sur drain. — *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 26 avril 1945, in *Lyon Chirurgical*, t. 40, n° 6, novembre-décembre 1947, pp. 458-761, in *Lyon Médical*, t. CLXXV, n° 7, février, p. 105.

Sille G. — Endométriome du côlon sigmoïdien. — *Mémoire Académie de Chirurgie*, t. 67, 26 mars 1945, 249. — In *Journal de radiologie et d'électrologie*, 1942-1943, n° 9, p. 157, t. 25.

Seitz. — Pathogénie, clinique et traitement de l'endométriose. — *Med. Welt*, 22 avril 1939, t. 13, n° 16.

Thierstein ST. et Allen E. (Chicago). — Analyse comparée du diagnostic et du traitement de l'endométriose avec une relation de 53 cas d'endométrioses intestinales. — *American Journal of Obstetric and Gynecologie*, volume 51, n° 5, mai 1946, pp. 635-642, In *Journal*, n° 9, 1947, p. 501.

Uebermunth. — Endométriome de la paroi vaginale antérieure. — *Zeit. f. Gyn.*, 14 mai 1931, n° 11, p. 1058.

Virenque. — Les affections chirurgicales des organes génitaux de la femme. — *Cours de Pathologie chirurgicale*, Toulouse, 1946.

Weiss AG. et Synephias M. — A propos d'une localisation rare périnéale d'endométriome. — *Bulletin Société Française de dermatologie et de syphiligraphie*, février 1938, n° 2.

Wood Deibert OT. et Kain T. (Philadelphie). — Occlusion intestinale provoquée par une endométriome. — *The Journal of the American Medical Association*, volume 140, n° 6, février 1946, p. 341, 2 figures, in *Journal de Chirurgie*, t. 62, n° 11 et 12, 1946, p. 474.

TABLE DES MATIERES

Introduction. 7

PREMIERE PARTIE

Définition. 8
Historique. 9
Anatomie Pathologique 10
Pathogénie. 12
Clinique. 16
Traitement. 18
Formes cliniques 20

DEUXIEME PARTIE

Historique. 22
Observation I 22
— II 24
— III 27
— IV 27
Anatomie pathologique 31
Physiopathogénie. 34
Pathogénie. 35
Clinique. 36
Diagnostic. 38
Traitement. 40
Conclusions. 43
Bibliographie. 44